

Петров В.И., Пантелеева Н.В., Кралько А.А., Иванчиков Н.В.  
Исправительное учреждение «Тюрьма № 4» УДИН МВД Республики Беларусь  
по Могилевской области, Могилев, Беларусь  
Могилевский государственный университет им. А.А. Кулешова, Могилев,  
Беларусь  
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,  
Беларусь  
Могилевский институт МВД Республики Беларусь, Могилев, Беларусь

## Криминологические аспекты патопсихологии шизофрении

Функционирование психики человека определяется наличием и взаимодействием ряда психических процессов: ощущений и восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоций и двигательной-волевой сферы, сознания. Ее нормальная деятельность позволяет нам правильно оценивать себя, свои внутренние ощущения, окружающий мир, планировать и реализовывать свои намерения, определять и реализовывать элементы деятельности, т.е. вести себя разумно и законопослушно. Возникающая, в частности, при шизофрении дезорганизация психических процессов приводит к неправильной оценке пациентом реального мира и своего места в нем, действиям антисоциальной направленности. Вопросы демографической безопасности в Республики Беларусь диктуют необходимость проведения эффективных мероприятий по защите населения от различных противоправных посягательств, в том числе связанных с действиями лиц, страдающих различными психическими расстройствами.

Человечество уже тысячи лет волнует вопрос о том, в чем состоят причины преступности. Не секрет, что общественно опасные деяния могут совершать как психически здоровые лица, так и душевнобольные. Последние действуют в связи с болезненными мотивами, которые формируются у них вследствие грубого нарушения протекания психических процессов.

В частности, применительно к страдающим психическими расстройствами, это искажение восприятия окружающего мира, утрата контроля сознания и мышления над ситуацией («выключение» из нее), над своими эмоциями, волевым контролем произвольного поведения, несостоятельность интеллекта в плане предвидения результатов своих действий, грубое нарушение психических функций в момент обострения психического расстройства либо интоксикации психоактивными веществами (ПАВ) у аддиктов.

У относительно здоровых лиц, обладающих должной ориентировкой, нормальным развитием и функционированием (в известном понимании) психики, отсутствием острых психотических состояний, причинами (личностным смыслом) противоправных деяний могут быть мотивы, связанные с подтверждением собственной значимости (биологической и социальной), защитой личных интересов, охраной своего существования, желанием максимально реализоваться в материальном плане и др. Например, при изнасиловании преступник утверждает себя как биологическое существо [1].

С учетом гуманности правовой политики нашего государства вопросы судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) противоправных действий граждан Республики Беларусь всегда актуальны и требуют постоянного совершенствования с учетом современных тенденций развития нашего общества. Большую часть подэкспертных, проходящих по уголовным делам на рассмотрении СПЭ, составляют, наряду с пациентами со стойкими бредовыми переживаниями и острыми психотическими расстройствами, больные шизофренией (около 50,0% от всех направляемых) [5].

Шизофрения (от греч. *schizo* – расщепляю, *phren* – душа, ум, рассудок) – это психическое расстройство неустановленной этиологии, протекающее хронически в виде приступов или непрерывно и приводящее к характерным изменениям личности и различным по степени выраженности другим психическим расстройствам, часто приводящим к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. При этом личная, профессиональная и социальная деятельность страдают в результате появления странных ощущений, нарушений мышления и двигательных дисфункций. Пациенты теряют контакт с реальностью по ключевым каналам получения и переработки информации. Кроме того, они могут испытывать галлюцинации устрашающего содержания или бред императивного плана, что делает поведение таких пациентов агрессивным, импульсивным, непредсказуемым и способствует возникновению

криминогенных ситуаций. Следует отметить, что очень много талантливых людей страдали шизофренией: В. Ван Гог, Ф. Кафка, В. Нижинский, М. Врубель, В. Гаршин, Д. Хармс и др.

Важно помнить, что рецидивы шизофрении, наступающие у пациентов с «полным выздоровлением», являются важным показателем того, что «следы» после перенесенного заболевания могут сохраняться длительное время и восстанавливаться под влиянием внешних или внутренних причин. А.Б. Александровский в больнице им. Кащенко наблюдал случай рецидива шизофрении через 28 лет после полного купирования клинической симптоматики, Э. Крепелин приводит случай рецидива шизофрении через 29 лет от начала ремиссии, Майер-Гросс наблюдал рецидив шизофрении после 45 лет стойкой ремиссии.

Распространенность шизофрении в различных регионах мира не более 1,0%, но за счет ее стертых форм она значительно больше [4]. По данным Международной ассоциации психиатров, около 500 млн человек во всем мире имеют психические расстройства, из них более 60 млн человек страдают заболеваниями шизофренического спектра. Это означает, что один из 100 человек либо «уже болел», либо «заболеет в будущем».

Больные шизофренией представляют наибольшую часть среди признаваемых невменяемыми из числа совершивших общественно опасные деяния (ООД). Противоправные деяния имеют место у 18,0% от всех учтенных больных шизофренией, причем среди них преобладают мужчины, которых по данному признаку вдвое больше, чем женщин. Криминогенность шизофрении или возможность пациентов стать жертвой преступления определяется особенностями протекания отдельных психических процессов, которые создают предпосылки для совершения пациентами противоправных действий или снижают их способность к самозащите. Возможность противоправных действий этой категории пациентов часто связана с несвоевременной диагностикой психического расстройства, отсутствием адекватного превентивного лечения шизофрении. Часто начальные проявления болезни на ранних этапах протекают нетипично [2].

У больных шизофренией, совершивших ООД, чаще встречается наследственная отягощенность психическими расстройствами, что проявлялось психозами и зависимостью от алкоголя у их родителей и близких родственников. Настораживает, что сегодня намечилась четкая тенденция к увеличению числа детей в семьях, состоящих из лиц с психическими отклонениями.

Криминогенность больных шизофренией возрастает при обострении психопатоподобных расстройств и бредовых нарушений, когда преобладают двигательное возбуждение и импульсивные действия [5]. Среди больных шизофренией, совершивших ООД, преобладают мужчины. Их соотношение с

женщинами составляет 2:1. Максимальная доля мужчин, совершивших ООД, приходится на возраст 35–39 лет. У женщин пик криминогенного возраста приходится на 50–59 лет [2].

«Противоправных» пациентов отличает более раннее начало шизофрении, атипичность внешних проявлений болезни с многоплановостью симптомов, преобладанием психопатоподобных и бредовых состояний при непрерывном и приступообразном течении болезни. Играет роль и «почва», на которой развиваются вышеуказанные проявления шизофрении. Это:

- своеобразные черты характера в виде преобладания возбудимости, неустойчивости интересов и настроения, расторможенности влечений;
- перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы, остаточные явления различных поражений ЦНС, предшествующая алкоголизация и др.;
- неблагоприятное влияние социальной среды.

Как следствие вышеперечисленных факторов у больных шизофренией возникает снижение профессиональной и семейной адаптации. С годами нарастает психопатизация их личности, усиливается конфликтность, снижается социальная адаптация, формируется алкогольная зависимость. Особенности протекания психических процессов больных шизофренией определяют их криминогенность и позволяют отнести данное психическое расстройство к факторам риска возникновения ООД.

Проявления шизофрении разнообразны и определяются нарушением нормального протекания психических процессов, их расщеплением, характерными изменениями структуры психологических функций, определяющих утрату продуктивного контакта с окружающим миром (прежде всего в виде расстройств эмоций, мышления и поведения). В итоге совокупность этих нарушений является предрасположением для совершения ООД.

Судебно-психиатрическое значение расстройств восприятия при шизофрении заключается в том, что они нарушают правильное отношение пациента к внешнему миру и могут вести к действиям, представляющим социальную опасность. Это, прежде всего, касается бредового (ложного) толкования действительности. Например, при наличии бреда отравления («сосед пытается меня отравить...») возможны гетероагрессивные действия ответного плана, при императивных слуховых галлюцинациях («иди и ударь...», «возьми нож и защидайся...») не исключается их практическая реализация.

Нарушения внимания и памяти для больных шизофренией, как правило, не характерны. Они остаются как бы «за занавесом» от глаз наблюдателя. Эмоциональное же восприятие пациентом окружающего и своих переживаний все время находится на авансцене. Удовлетворенность или неудовлетворенность происходящим, интерес или равнодушие к текущим событиям, беспокойство, подавленность, опасение, страх, предвкушение приятного, воодушевление,

радость – любое из этих состояний накладывает своеобразный отпечаток на весь облик больного человека. Эмоции как бы «окрашивают» в те или иные тона его интеллект, интересы. Для шизофренического процесса характерно эмоционально-волевое оскудение личности, что делает поведение больного опасным в плане суицида, теряется его целесообразность, создаются предпосылки для реализации негативного содержания галлюцинаторно-бредовых переживаний, направленных на самоуничтожение.

Для шизофрении по мере ее развития характерны изменения (в поздних стадиях – снижение) интеллекта. Судебно-психиатрическое значение нарушений интеллекта при этом расстройстве состоит в том, что слабоумные очень внушаемы и, попадая в силу этого под влияние других лиц, могут совершать различные преступления. Под влиянием алкоголя у таких лиц растормаживаются инстинкты, что тоже может явиться причиной различных преступлений, в том числе половых.

Таким образом, судебно-психиатрическое значение нарушений отдельных психических процессов при шизофрении в том, что они создают предпосылки для совершения противоправных действий ввиду утраты единства психических процессов, участвующих в постановке целей, принятии решений и контроле за результатами социально-продуктивной деятельности:

- глубокое искажение процесса отражения действительности в ее социальных отношениях, парадоксальность мотивационно-ценностной оценки происходящих событий;
- расстройства восприятия нарушают правильное отношение к внешнему миру и могут вести к действиям, представляющим социальную опасность;
- мнимые нарушения памяти представляют собой наиболее легкий путь самозащиты, реальные – не дают точно воспроизвести обстоятельства дела или полезно использовать прошлый личный опыт;
- бедность и нецеленаправленность мышления, паралогичность суждений, неадекватность эмоциональных реакций, неестественность и стереотипность выразительных средств речи;
- двигательно-волевые нарушения в виде утраты прежних интересов, нецеленаправленность деятельности, бездеятельность и самопоглощенность;
- снижение интеллекта делает больного шизофренией более внушаемым для других лиц и в силу этого склонным к совершению асоциальных поступков, алкоголизации;
- расстройство сознания по глубине характеризуется разной степенью оторженности от внешнего мира, прекращением деятельности и потерей контактов, что может быть причиной беспомощности человека, а он сам становится при определенных обстоятельствах потенциальной жертвой преступления;

- расстройства сознания по содержанию (в частности, делирий, аменция, онейроид) в виде галлюцинаторно-бредовых нарушений часто бывают причиной ООД в связи с якобы имеющейся необходимостью «защитаться», «нападать», «разрушать» и даже «убивать».

Совершению ООД рассматриваемой категорией лиц способствуют также определенные особенности поведения, в частности преобладание у них психопатоподобных личностных черт (у 52,2%), наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики (у 32,0%) [2].

В качестве психопатоподобных расстройств у больных шизофренией можно рассматривать отрицание ими у себя психического заболевания, часто они предпочитают нести уголовную ответственность, чем быть признанными психически больными [5].

Насильственные ООД, как правило, больные шизофренией совершают в галлюцинаторно-бредовых состояниях. Суицидальные попытки чаще возникают при выраженном депрессивном фоне настроения. Большое влияние на возникновение ООД у данной категории лиц оказывает сочетание неблагоприятных экзогенных факторов, прежде всего неблагоприятная внутрисемейная обстановка, отсутствие трудовой занятости, неудовлетворительные жилищные условия и др. [4].

Больные шизофренией, а также больные со стойкими бредовыми идеями и острыми психотическими состояниями, как правило, в момент совершения преступлений признаются невменяемыми в связи с неспособностью осознавать фактический характер и общественную опасность совершенных действий и руководить ими. Они направляются в психиатрическую больницу (обычную или специализированного типа) на принудительное лечение, что подразумевает практическую реализацию принудительных мер безопасности и лечения с помещением в стационары с обычным, усиленным или строгим режимами наблюдения. Не случайно известный английский психиатр Модсли в конце XIX в. называл психиатрические больницы «кладбищами погибших рассудков».

Принудительные меры медицинского характера выполняют двойную лечебно-предупредительную функцию. С одной стороны, их применение защищает интересы пациента, поскольку реализация этих мер направлена на излечение или улучшение его психического состояния. С другой стороны, применение мер медицинского характера осуществляется в интересах общества, так как принудительное лечение направлено на предотвращение новых противоправных действий со стороны пациентов, страдающих психическими расстройствами [3].

В редких случаях больные шизофренией со стойкой глубокой ремиссией и полной трудовой адаптацией, отсутствием или нерезким изменением личности могут признаваться вменяемыми.

Оценка дееспособности больных шизофренией определяется психическим состоянием пациента, его возможностью понимать (не понимать) значение своих действий или руководить ими. Гражданские акты, совершенные больным в психотическом состоянии, гражданской силы не имеют. Признание больных шизофренией недееспособными с наложением опеки требует взвешенного решения, ибо многие из них, несмотря на болезнь, продолжали работать и поддерживали привычный стереотип семейных отношений.

Способность свидетелей и потерпевших, страдающих шизофренией, участвовать в судебно-следственном процессе, правильно воспринимать обстоятельства по делу и давать о них верные показания обязательно должна оцениваться с учетом сохраненных сторон их психической деятельности, а также в зависимости от характера анализируемой ситуации, участниками которой они оказались [5].

В судебно-психиатрической практике около половины подэкспертных, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией, что подчеркивает значимость этого психического расстройства в возникновении криминальных ситуаций, необходимость применения комплексных профилактических правоохранительных и медицинских мер по превенции преступлений, событий с участием этих пациентов. Лица, находящиеся под следствием и судом, с целью уклонения от уголовной ответственности склонны симулировать шизофрению чаще, чем другие психические расстройства.

Своевременное выявление больных шизофренией, постановка их на активный учет в психоневрологических диспансерах с последующей лечебной коррекцией болезненного состояния являются эффективной мерой безопасности от противоправных посягательств как в отношении самого пациента, так и его социального окружения. Многие также будут зависеть от эффективного взаимодействия между органами внутренних дел и учреждениями здравоохранения по контролю за лицами, страдающими шизофренией, ранее уже совершившими ООД [5].

## **Выводы**

Нарушения нормального протекания отдельных психических процессов у больных шизофренией могут быть предпосылкой к совершению ими общественно-опасных деяний, что определяет их значительный удельный вес от общего числа подэкспертных, представленных на СПЭ, и их наибольшую криминогенность.

ООД больными шизофренией совершаются преимущественно на начальном этапе заболевания; чаще они проявляются в виде хулиганства или поступков, связанных с расстройством влечений или импульсивными действиями.

К совершению противоправных действий более склонны больные шизофренией, заболевание которых протекает с психопатоподобными нарушениями, галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, депрессивным фоном настроения в сочетании с неблагоприятными условиями социальной коммуникации.

Экспертное решение в связи с общественно опасными деяниями больных шизофренией должно быть объективным и взвешенным, учитывающим способность (неспособность) пациента осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими в момент противоправного деяния. В большинстве случаев они признаются невменяемыми в связи с наличием в момент преступления медицинского и юридического критериев «невменяемости».

### **Литература**

1. Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) / Л.М. Балабанова. – Донецк: Сталкер, 1998. – 432 с.
2. Жариков, Н.М. Судебная психиатрия: учебник / Н.М. Жариков, В.П. Котов, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.
3. Калемина, В.В. Основы судебной медицины и психиатрии: Учебное пособие / В.В. Калемина, Г.Р. Колоколов. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К<sup>0</sup>», 2012. – 356 с.
4. Руководство по судебной психиатрии / Под редакцией Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.
5. Тришин, Л.С. Судебная психиатрия: учеб. Пособие / Л.С. Тришин. – Минск: Изд-во Гревцова, 2014. – 312 с.